IV. — AGREGES CHARGES DU COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
CHEVASSU..	Clinique chirurgicale.	LŒPER	Clinique médicale.
LAIGNEL-LAVASTINE ..	Clinique médicale	PROUST	Clinique chirurgicale.
LEREBOULLET	Clinique médicale infantile.	RATHERY ..	Clinique médicale.
		SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.

V. — CHARGES DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé . { Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes.

FREY ..... Stomatologie.
CHAILLAY BERT.... Education physique.
LEDOUX-LEBARD .. Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma MERE

faible témoignage de ma grande affection

A mon PERE

en témoignage de ma reconnaissance

A mon FRERE

MEIS ET AMICIS

A mes MAITRES dans les Hôpitaux de Limoges

Docteur DONNET

— J. RAYMOND

— MARCLAND

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

EXTERNAT

M. le Professeur agrégé MARION, Hôp. Lariboisière
M. le Professeur Léon BERNARD, Hôpital Laennec
M. le Professeur CUNEO, Hôpital Lariboisière
M. le Docteur SAINTON, Hôtel Dieu
M. le Docteur Armand DELILLE, Hôpital Hérold

INTERNAT PROVISOIRE

M. le Docteur MACE, Hôtel Dieu
M. le Docteur CAUSSADE, Hôtel Dieu
M. le Professeur agrégé ALGLAVE, Hôtel Dieu
M. le Docteur MOREAU, Hôpital Andral

M. le Professeur agrégé DEBIRE
M. le Docteur PICOT
M. le Docteur CHIRIE
M. le Docteur GUIMBELLOT
M. le Docteur BERGERET

A MM. les Docteurs BIGART, ISCH-WALL

DYSTROPHIES ET DYSCHROMIES DES FORMATIONS EPIDERMIQUES AU COURS DU SYNDROME DE BASEDOW

La fréquence considérable des troubles de la pigmentation au cours du syndrôme de Basedow fait que ceux-ci prennent une part de plus en plus grande dans l'étude de ce syndrôme complexe. On a étudié à diverses reprises les hyperchromies coïncidant avec un goître exophtalmique et l'opinion le plus généralement admise les fait rapporter à des troubles endocriniens associés à l'hyperthyroïdie, qu'il s'agisse de troubles ovariens ou surrénaux. On a même individualisé comme symptôme accessoire du goître exophtalmique la pigmentation localisée aux paupières : signe de Jellineck.

Il reste cependant parmi les troubles trophiques cutanés et pileux des faits dont la constatation clinique est fréquente et dont l'étiologie est restée obscure : nous voulons parler des cas de dépigmentation cutanée constituant un vitiligo vrai, ou des plaques hypochromiques pseudo vitiligineuses que l'on observe au cours de l'évolution du goître exophtalmique.

Mais en plus des dépigmentations cutanées, on observe également des troubles dystrophiques et dyschromiques intéressant le système pileux, pouvant exister seuls ou associés avec le vitiligo.

C'est à l'étude de ces troubles de dépigmentation de la

peau, de dystrophie e tde dyschromie du système pileux que nous allons consacrer notre thèse.

Certaines observations cliniques que nous avons pu recueillir dans le service du Docteur Sainton nous ont montré le parallélisme existant entre ces troubles pigmentaires et l'évolution de la maladie de Basedow. Des faits d'hyperthroïdie expérimentale chez les gallinacées, entraînant des troubles de la pigmentation du plumage et de son développement, nous ont permis de conclure à l'origine thyroïdienne de ces troubles trophiques.

LE VITILIGO AU COURS DU SYNDROME DE BASEDOW

La cœxistence des taches vitiligineuses avec un goître exophtalmique n'avait pas été sans attirer l'attention des auteurs. Trousseau, le premier, dans une de ses leçons cliniques signale l'existence de plaques de vitiligo chez une malade. Noël Raynaud dans sa thèse pose le premier le problème de l'association goître exophtalmique et vitiligo et en publie trois observations détaillées.

Depuis cette époque de nombreux auteurs ont insisté à diverses reprises sur cette association et nous signalerons seulement les observations de Jaboulay, Delasiauve, Pierre Marie, Caracoussi, Baginski, Lôws dans lesquelles ils notent la coexistence de troubles trophiques cutanés comme le vitiligo avec le goître exophtalmique.

Aussi actuellement les auteurs classiques signalent-ils cette association comme un fait souvent rencontré au décours de cette affection.

Nous même, durant le séjour que nous avons fait dans le service du Docteur Sainton nous avons eu l'occasion d'en observer plusieurs cas dont les observations détaillées sont rapportées plus loin (Observations I à VII).

L'apparition des plaques de vitiligo au cours du goître exophtalmique est extrêmement variable. Tantôt, le vitiligo apparaît comme premier phénomène de l'affection précédant les autres symptômes. Tel est le cas de Bettmann dans lequel le vitiligo précéda de six ans l'appa-

rition du goître exophtalmique qui ne se manifesta qu'au moment de la ménopause. Vigouroux rapporte également le cas, d'une jeune femme de 27 ans qui vit apparaître des plaques de vitiligo à la suite d'une grande émotion suivie d'une dépression psychique marquée. Ce n'est que six ans plus tard qu'apparurent les palpitations, la tuméfaction thyroïdienne, les modifications dans l'expression des yeux, puis en dernier lieu le tremblement.

Mais le plus habituellement c'est d'une façon plus tardive, au cours de l'affection, coïncidant généralement avec une période d'aggravation de la maladie que le vitiligo apparaît. Tel est l'observation de Trousseau dans laquelle la dyschromie n'apparut qu'à la période terminale du Basedow au moment d'une poussée sévère. Il en est de même dans l'observation de Boinet. Au cours d'un Basedow sévère évoluant chez une femme de 40 ans cet auteur vit apparaître les taches vitiligineuses. Caracoussi également insiste sur la gravité des formes de Basedow dans lesquelles on observe l'apparition de vitilig».

Le vitiligo dans le goître exophtalmique peut exister seul, ne s'accompagnant d'aucun autre trouble pigmentaire. Tel est par exemple notre observation I qui s'ajoute à un grand nombre d'observations de vitiligo signalées par les auteurs.

Dans d'autres cas, il s'associe avec des troubles d'hypigmentation, soit que la leucomelanodermie coexiste avec le vitiligo, soit que les plaques hyperchromiques se décolorent au cours de l'affection pour laisser place à des placards vitiligineux. L'observation de Boinet est très ca-

ractéristique de ce fait. La maladie de Basedow donna lieu à une hyperchromie légère qui fit place ensuite à des zônes de vitiligo. Ultérieurement des plaques de leucomélanodermie ayant reparu, elles laissèrent persister dans leurs intervalles des zônes achromiques.

Les plaques de vitiligo peuvent se retrouver en différents endroits du corps, mais les points où on les rencontre le plus volontiers, c'est : à la face, sur les avant-bras et le dos des mains et enfin sur le tronc siègeant sur la poitrine ou la région interscapulaire. Dans certaines observations, les plaques de vitiligo ont une topographie systématisée, tel est celle de Clay ou le vitiligo siège aux membres inférieurs suivant les ramifications du nerf crural et aux membres supérieur sur le territoire du nerf cubital.

Nous avons déjà signalé à propos des observations de Boinet et de Caraccoussi que le vitiligo s'observait surtout dans les formes sévères de maladie de Basedow, ou bien apparaissant à l'occasion d'une poussée évolutive de celle-ci. Nous insistons sur ce fait apportant deux observations de Basedow sévères (Observations I et II) dans lesquelles on trouve du vitiligo.

Un autre caractère de ce vitiligo doit retenir l'attention : c'est la rapidité de son apparition dans certains cas. D'autre part, son amélioration dans les faits cliniques concomitamment à l'amélioration du syndrôme d'hyperthiroïdie.

L'observation de Vigouroux signalant le vitiligo apparût brusquement à la suite d'une émotion violente, celle

de Boinet où la décoloration des téguments se fit avec une rapidité extrême méritent d'être retenues. La rapidité de cette apparition des placards vitiligineux est, à notre avis, en faveur de l'origine thyroïdienne de ceux-ci.

D'autre part, l'amélioration, voire même la disparition du vitiligo avec amélioration ou la guérison du Basedow sont en faveur de notre opinion, et nous nous basons sur une observation de Baginski. Cet auteur observa un Basedow sévère évoluant chez une fillette de 12 ans ½ et s'accompagnant de vitiligo. Ce dernier disparût avec l'amélioration de la maladie.

Il en est de même dans notre observation n° 1. Uu vitiligo apparu au cours d'un syndrôme basedowien familial s'atténue avec l'amélioration de la maladie.

Mais dans d'autres cas, le vitiligo persiste malgré l'amélioration des symptômes fonctionnels et généraux et la dyschromie persiste témoignant de l'intoxication thyroïdienne profonde. Tel est le cas publié par Clay, dans lequel malgré l'amélioration du Basedow, le vitiligo persista. Il en est de même dans notre observation II. Malgré une amélioration considérable des symptômes du Basedow, les placards vitiligineux ont persisté.

LES PLAQUES ACHROMIQUES, OBSERVEES AU COURS DE LA MALADIE DE BASEDOW SONT ELLES DU VITILIGO?

Il nous faut en premier lieu, pour fixer les idées, établir les caractères principaux qui permettent de reconnaître le vitiligo.

Pour Darier « Le vitiligo est une dyschromie cutanée caractérisée par le développement de taches blanches nettement limitées et entourées d'une zône plus ou moins étendue d'hyperpigmentation.

L'existence simultanée d'achromie et d'hyperchromie est donc nécessaire pour qu'on puisse parler de vitiligo. Il faut de plus que la dyschromie soit pure, c'est-à-dire que la peau ne présente aucune autre modification de son aspect, de sa structure et de ses fonctions; l'affection doit être acquise et non congénitale.

A la périphérie des plaques dépigmentées, le liseré brun, grisâtre ou noir dont la teinte est dans la règle particulièrement accusée au bord même des taches blanches. Le passage à la peau normale se fait insensiblement. La distribution de ces plaques est symétrique avec une prédilection pour le dos des mains, du poignet, les avant-bras, la face, le cou, les organes génitaux » Darier in Pratique dermatologique.

Le vitiligo est donc constitué par des plaques de dépigmentation entourées par un liseré de leucomélanodermie et Milian à diverses reprises, a insisté sur la valeur diagnostique de ces liserés hyperchromiques.

Or, que rencontre-t-on comme troubles de dyschromie dans la maladie de Basedow? deux cas peuvent être envisagés tantôt comme le décrit Sattler on trouve des tâches hypochromiques ou achromiques de grande ou de petite taille, régulièrement ou irrégulièrement disposées, limitées en un point des téguments ou disséminés en de grandes étendues « dans la plupart des cas écrit Sattler la pigmentation des téguments est augmentée au voisinage des plaques blanches et cette hyperchromie est toujours plus intense au pourtour de la zône achromique. Les plaques dépigmentées deviennent par ce fait plus nettes ».

Dans cette description de Sattler, nous retrouvons les éléments caractéristiques du vitiligo vrai : zône achromique plus ou moins déchiquetée, entourée d'un liseré de leucomélanodermie.

Mais dans d'autres cas, à côté de ce vitiligo vrai, on trouve des placards hypochromiques voir même achromiques à la périphérie desquelles nous ne retrouvons plus le liseré de leucomélanodermie. Ces plaques pseudo-vitiligineuses sont d'autant plus nettes qu'elles coexistent généralement avec des troubles d'hyperpigmentation des téguments et à côté des tâches de mélanodermie, ces zônes, où le pigment cutané est réduit, deviennent alors plus nettes.

Pour certains auteurs comme Drumond, le vitiligo est rare au cours du syndrôme de Basedow. Ce que l'on rencontre le plus souvent pour lui ce sont ces plaques hypochromiques se détachant nettement des autres régions

dont la coloration brune ou grisâtre est plus accentuée.

Fayolle, dans une étude sur les pigmentations cutanées au cours du goître exophtalmique se rattache à cette dernière opinion. Le vrai vitiligo est rare pour lui, il signale seulement les plaques achromiques ou hypochromiques d'autant plus nettes qu'elles coexistent avec de la mélanodermie.

ASSOCIATION DE TROUBLES DU SYSTEME PILEUX

Le vitiligo peut ne pas exister seul au cours du goître exophtalmique. Le système pileux est généralement intéressé par la dystrophie basedowienne. Il est classique de signaler l'alopécie, la chute des cheveux, des sourcils et des poils du corps. L'alopécie peut-être totale et l'on peut observer une déglabration complète du corps. Dans d'autres cas, elle intéresse seulement les cheveux qui se modifient dans leur manière d'être, devenant secs, cassants, tombant en abondance. Mais le plus souvent cette alopécie se fait par plaques et Sabouraud insiste sur certaines pelades généralement chroniques et graves dont l'étiologie badowienne n'est point douteuse. Son opinion est confirmée par la disparition des plaques peladiques lors de l'amélioration des symptômes du goître exophtalmique.

L'alopécie ne se borne point d'ailleurs aux cheveux seuls. Dans un des cas de Sabourand, les cils avaient disparus. Pour Sattler, l'alopécie porte avec prédilection sur le cuir chevelu où elle débute par l'apparition de plaques peladiques constituant une véritable alopécie en clairière et pouvant aboutir à une déglabration totale. Mais à côté de cette alopécie, il signale la grande fréquence de la disparition des poils sur les autres régions

du corps. Nous rappelerons seulement qu'on a individualisé sous le nom de signe de la queue du sourcil, l'éclaircissement de ceux-ci dans la maladie de Basedow, Barnes signale dans un cas ou l'alopécie avait été le premier symptôme de la maladie de Basedow, la chute des sourcils jusqu'à la partie médiane de la paupière. Les cils ne sont point indemnes et dans le cas de Barnes ceux-ci avaient disparu également.

Sur le reste du corps, les poils du pubis et de l'aisselle de la barbe tombent en totalité ou demeurent très clair-semés.

Vigouroux signale cœxistant avec une alopécie totale, l'absence de pilosités axilaire pubienne et mentonnière.

Nous même, nous rapportons plusieurs cas dans lesquels nous avons observé de semblables modifications du système pileux. Nous ne rapportons (observation XVII) qu'un seul cas de déglabration totale du cuir chevelu. Chez deux de nos malades (Observations XIII et XIV) nous retrouvons l'existence de plaques peladiques siègeant dans la région temporale (obs. XII) et s'accompagnant de modifications des cheveux qui sont devenus secs et cassants et sur la région pariétale (obs. XIV), cas dans lequel la plaque péladique a marqué le début de la maladie de Basedow et a évolué parallèlement à elle.

Dans nos autres observations, la chute des cheveux s'est produite généralement en touffes et s'est accompagnée de modifications des poils des autres régions du corps : absence de pilosités axilaire et pubienne, modification ou absence des cils et des sourcils.

Il est un fait sur lequel l'attention a été moins attirée jusqu'alors, ce sont les troubles de dyschromie du système pileux existant soit à l'état isolé soit superposés au vitiligo et cette dernière éventualité nous parait la plus rare bien que nous en rapportions quatre observations (observ. II, III, IV, VII). Ces faits avaient d'ailleurs déjà été notés par certains auteurs. Clay rapporte l'histoire d'un malade chez lequel il observa les plaques vitiligineuses distribuées sur le territoire des nerfs crural et cubital, en même temps que les poils de ces régions avaient perdu toute coloration. Boinet rapporte un cas analogue de vitiligo généralisé avec décoloration totale de presque tout le système pileux, seuls les sourcils restèrent noirs. Mais pour la plupart des auteurs, les troubles de dyschromie s'observent en dehors de toute modification cutanée. Telles sont les observations de Duroziez qui observe une canitie rapide au cours d'un syndrôme de Basedow, de West qui à la suite d'une émotion intense voit apparaître une canitie totale alors que le goître et l'exophtalmie furent décellés un mois après. Maude rapporte également un cas de canitie rapide comme premier symptôme de Basedow.

Quelques auteurs, Kahler et Westedt, rapportent deux cas de dépigmentation des cheveux se faisant par touffes. Sainton également a rapporté l'histoire de deux Basedowiennes chez lesquelles il observe en même temps que des modifications des cheveux, de la canitie en touffe.

Pour nous résumer, les troubles de dyschromie et de dystrophie de la peau et du système pileux chez les basedowiens peut se résumer en : Hypercoloration des té-

guments que Sainton et Fayolle ont étudié et qu'ils rattachent à des troubles endocriniens associés (ovaire, surrénale).

Dépigmentation cutanée consistant soit en taches de vitiligo nettement caractérisées avec leurs zônes achromiques cerclées d'une bande de leucomélanodermie, soit en taches hypochromiques d'aspect vitiligineux cœxistant le plus souvent avec des zônes d'hyperchromie.

Les troubles du système pileux cœxistent ou non avec le vitiligo et se résument en :

Chute du système pileux aux aisselles, au pubis, au menton, aux paupières,

Alopécie généralement en plaques peladiques.

Canitie ou blanchiment des poils isolés.

La fréquence de ces troubles est très discutée alors que pour certains le vitiligo est rarement rencontré dans la maladie de Basedow, Sattler et Denton Cardew pensent que le vitiligo est loin d'être une exception.

Renault le rencontre dans 12 % du cas.

Vigouroux le retrouve comme premier symptôme du Basedow dans trois cas sur 14;

Mannheim le signale seulement dans 4 cas sur 47.

Pour nous, nous l'avons retrouvé chez 7 malades sur 19, observations que nous reproduisons.

Quant aux troubles du système pileux, leur coexistence nous paraît être beaucoup plus considérable. Sans être aussi affirmatifs que Sattler qui prétend que les troubles de dyschromie ou de dystrophie du système pileux se retrouvent dans 1/4 des cas, il nous semble avec Mackense, Denton Cardew, Kocher que les troubles du système pileux sont fréquents sans excéder cependant plus de 10 % des cas de Basedow observés.

PATHOGENIE DE CES DYSTROPHIES

La pathogénie de ces troubles dystrophiques et dyschromiques du système cutanéo-pileux nous parait relever essentiellement de la pathogénie même du goître exophtalmique.

Schematiquement, trois théories s'oposent et cherchent à expliquer la maladie de Basedow .

Pour certains auteurs le goître exophtalmique est essentiellement lié à un trouble du tonus sympathique consistant soit en hypersympathicotonie, soit en hypervagotonie. Cette classification étant fondée sur les modifications du reflexe occulo-cardiaque exagéré ou inversé chez les Basedowiens.

Pour d'autres auteurs, les troubles de la fonction thyroïdienne sont liés surtout à des modifications de fonctionnement des autres glandes endocrines (ovaire, thymus hypophyse). Cette opinion se base sur de nombreux faits cliniques : l'existence de troubles ovariens précédant l'apparition d'un Basedow, la persistance anormale du thymus chez l'adulte, l'existence d'une lésion hypophysaire cœxistant avec un goître exophtalmique. Ces mêmes auteurs voient une confirmation de leur opinion dans les effets heureux d'une médication ovarienne ou thymique au cours d'une maladie de Basedow.

Mais pour la majorité des auteurs et c'est l'opinion à laquelle se range Schulmann, le goître exophtalmique

est avant tout une manifestation de l'hyperthyroïdie ou de la dysthyroïdie.

Cette opinion qui nous paraît la mieux établie s'appuie sur les faits suivants :

La maladie de Basedow s'oppose nettement au myxoedeme par la notion d'hyperplasie des éléments sécréteurs de la glande thyroïdienne au cours de ce syndrôme.

Il est possible de reproduire un syndrôme basedowien par une hyperthyroïdation expérimentale comme Gilbert Ballet et Enriquez l'ont démontré (Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux 1895).

Enfin la notion clinique de l'action de l'hématoethyroïdine sur les symptômes de cette affection est un argument en faveur de cette opinion.

De cette notion de l'hyperthyroïdie on peut rapprocher la notion plus récente de la dysthyroïdie. Cette théorie nous paraissant s'apparenter très prochement à la théorie hyperthyrodienne, il nous semble que l'on peut aisément les confondre.

Les troubles de dyschromie et de dystrophie du système cutanéo-pileux doivent, par conséquent, relever d'une de ces notions pathogéniques. Certaines observations, comme celle d'Achard, sont en faveur de l'origine sympathique de ces troubles trophiques. Cet auteur observa en effet à la suite d'une résection des deux cordons du sympathique cervical, l'apparition de plaques de vitiligo et la chute des cheveux. Cette théorie a été d'ailleurs la première admise sous l'influence de Jaccoud et d'Addison qui expliquaient par l'irritation ou la compression des

ganglions semi-lunaires, les taches de vitiligo observées au cours de la maladie d'Addison. Sergent et Léon Bernard se rangèrent également à cette même conception en la modifiant cependant. Pour eux le vitiligo et la mélanodermie sont fonctions de l'irritation des ganglions sympathiques compris dans l'épaisseur des capsules surrenales. Piéri, dans sa thèse, s'est fait plus récemment le défenseur de cette opinion. L'origine sympathique du vitiligo serait indiscutable car les plaques de vitiligo présentent une disposition symétrique et métamérique; d'autre part le fait qu'on observe du vitiligo chez les grands traumatisés nerveux serait un argument en faveur de cette origine sympathique. Une telle opinion ne nous paraît point acceptable dans son intégrité. En effet, la disposition symétrique et métamérique d'une éruption n'est point un élément qui permette d'affirmer formellement l'origine nerveuse de celle-ci. Le Zona qui est le type des éruptions d'origine nerveuse n'a-t-il point au contraire une distribution strictement unilatérale. D'autre part, si le vitiligo est une affection d'origine sympathique, comment expliquer qu'on ne retrouve avec lui aucune des autres manifestations thermiques, sudorales vasomotrices qui caractérisent les troubles du sympathique. Enfin, comment expliquer l'absence de vitiligo chez les traumatisés nerveux qui présentent au maximum des troubles du sympatique. Une dernière objection nous reste à formuler contre cette théorie; c'est que chez les malades que nous avons observés, l'étude du reflexe occulo-cardiaque nous a donné les résultats les

plus variables tantôt normal, tantôt inversé, tantôt indifférent.

Pour certains auteurs, se basant sur l'existence de troubles génitaux associés, sur la persistance anormale du thymus, le vitiligo et les troubles trophiques du système pileux relèveraient d'un trouble fonctionnel de ces glandes. Cette théorie nous parait encore fort discutable, sans doute, chez certains malades atteintes de troubles ovariens, voit-on des modifications du système pileux et l'existence de vitiligo est-elle signalée. Il n'en reste pas moins vrai que sur 19 observations que nous présentons, nous avons retrouvé seulement chez 4 de nos malades l'existence de troubles ovariens. Dans notre observation II, le Basedow est apparu à la suite d'une fausse-couche et s'est accompagné d'une aménnorrhée totale durant les premiers mois. Dans deux autres observations le Basedow est apparu après la ménopause, enfin chez une autre malade, les troubles des règles sont encore plus frustes puisqu'elles s'accompagnent seulement d'une impression d'angoisse.

Reste une troisième conception à étudier. Les troubles de dyschromie et de dystrophie du système cutanéo-pigmentaire sont-ils fonction de l'hyperthoïdie? Depuis longtemps les auteurs insistaient sur le fait que souvent ces troubles s'amélioraient parallèlement aux manifestations du Basedow.

Baginski signale un fait analogue chez une fillette de 12 ans ½. Dans notre observation I, nous voyons égale-

ment avec l'amélioration du syndrôme de Basedow, les taches de vitiligo disparaître en huit mois.

Quand à la chute des cheveux, les mêmes phénomènes s'observent. Sattler signale l'arrêt de la chute des cheveux coïncidant avec l'amélioration du goître exophtalmique.

Sainton signale également l'arrêt de la chute et la repousse des cheveux chez une malade de 34 ans dont nous reproduisons plus loin l'observation (Obs. VII).

L'HYPERTHYROIDISME EXPERIMENTAL ET LES DONNEES QU'IL APPORTE A LA PATHOGENIE DES DYSTROPHIES ET DES DYSCHROMIES

Ces faits cliniques ayant retenu notre attention, d'autre part, ayant eu connaissance des expériences de Zadowosky, nous avons pu reproduire les troubles pigmentaires qu'il signalait. Zadowosky fit porter ses expériences sur 60 poulets, animal particulièrement résistant à l'intoxication thyroïdienne. Il fit absorber à ces animaux différentes préparations thyroïdiennes (thyroïdine de Poehl, glandes fraîches de porc, de mouton ou de cheval) sans que les résultats présentent une notable différence.

Chez ces animaux, outre les phénomènes de Basedowisme, excitabilité, polyphagie, polydypsie et troubles nerveux variables avec la dose de corps thyroïde ingéré, il observa d'une façon constante des troubles de la pigmentation des plumes et la chute de celles-ci. Les plumes tombent rapidement sous l'action de l'intoxication thyroïdienne et au bout de trois semaines, le plumage est remplacé par l'aparition d'un duvet complètement incolore. Ces nouvelles plumes sont d'ailleurs beaucoup plus fines et plus douces que le plumage habituel.

La greffe d'une glande thyroïde de chien chez la poule produit le blanchiment des plumes sans que celles-ci tombent. Cette expérience tendrait à prouver que l'action de l'hormone thyroïdienne aurait une affinité spéciale sur la pigmentation.

Reproduisant ces expériences, nous nous sommes servis d'une poule adulte de 1 kilo 550 dont le plumage était complètement noir. Nous avons provoqué chez elle l'hyperthyroïdie par ingestion quotidienne d'extrait thyroïdien de Byla donné à doses croissantes durant 9 jours. Nous avons débuté par 0 gr. 50 et nous sommes arrivé en 9 jours à la dose totale de 20 grammes d'extrait thyroïdien.

A partir du neuvième jour en même temps que l'animal présentait une excitation anormale, de la polyphagie, de la polydypsie, elle maigrissait d'une façon considérable perdant en dix jours 400 grammes de poids. Durant cette même période le plumage se modifia. Les plumes du bréchet commencèrent à se dépigmenter au niveau de leur extrémité libre, puis les plumes du corps tombèrent en quantité relativement considérable et cette chute se fit en placards limités.

On supprima alors l'alimentation thyroïdienne. L'amaigrissement continua, l'animal ne pesait plus que 1 kg. 050 et au bout de trois semaines une nouvelle pousse de plumes se produisit. Celles-ci présentaient tous les caractères du duvet. Elles étaient extrêmement souples, fines et soyeuses et complètement blanches. Le plumage restant se modifia à son tour, le corps de l'animal devint presque totalement blanc, sans que les plumes du cou et des ailes se soient modifiées.

Cette expérience prouve donc qu'une hyperthyroïdation intensive est capable de produire la chute et la dépigmentation du plumage chez les gallinacés, animaux

résistant bien à l'intoxication thyroïdienne. D'autre part, les résultats de cette expérience ne sont-ils point comparables à l'observation clinique de Barnes qui chez une de ses malades voit une maladie de Basedow débuter par une déglabration totale du cuir chevelu, des cils et des sourcils et plus tard vit se reproduire une nouvelle chevelure constituée par un fin duvet absolument incolore.

Le plumage des oiseaux étant l'homologue du système pileux humain. Les cas expérimentaux et l'observation de Barnes nous paraissent d'un rapprochement facile.

Il nous faut encore insister sur ce fait que les modifications du plumage sous l'action de la glande thyroïde ont été rapides puisque la chute des plumes s'est produite en 9 jours, la dépigmentation en 16 jours. Ceci encore, nous pouvons le rapprocher des faits observés chez les Basedowiens ou les modifications des poils se font d'une façon relativement rapide puis chez la malade de Barnes la calvitie fut constituée en 3 mois.

Maude signle un Basedow avec canitie en quelques jours et Duroziez dans un cas de goître exophtalmique signale qu'en peu de temps la malade vit ses cheveux devenir complètement blancs.

Cette expérience posse encore au problème clinique. On peut, en effet, se demander si certains cas de canitie rapide à la suite d'émotions violentes ne relèveraient point d'une poussée transitoire d'hyperthyroïdie. Sans doute, beaucoup de cas signalés, sont plus ou moins discutables et relèvent de la littérature. Il existe cependant certains faits authentiques comme ceux signalés par Lebard

en 1913 à la Société Médicale des Hôpitaux ou la canitie en ilots, intéressant des touffes de cheveux de la racine à l'extrémité, se produisit à la suite d'une explosion de mine.

Le corps thyroïde étant un des organes qui réagissent le plus violemment aux émotions, il ne nous parait point impossible qu'une hyperthyroïdie brutale ne soit la cause de cette dyschromie.

De ces troubles des poils sous l'influence de l'intoxication thyroïdienne sommes-nous en droit de rapprocher les phénomènes de vitiligo? Cela ne nous paraît point absolument contradictoire.

Le vitiligo se manifestant surtout dans les formes graves de maladie de Basedow, lors de poussées évolutives de l'affection, il nous semble logique d'incriminer l'intoxication thyroïdienne dans son étiologie. D'autre part certains faits cliniques ou le vitiligo s'améliore (Obs. 1) sous l'influence de la médication éthyroïdée sont de nature à confirmer notre opinion.

Cette conception de l'origine thyroïdienne du vitiligo nous parait avoir un intérêt primordial. Sous l'influence des dermatologistes modernes, on était tenté avec Milian et son élève de Douhet, de Darier, d'attribuer une part prépondérante à l'étiologie syphilitique du vitiligo. Ces faits sont d'ailleurs confirmés par les résultats fournis par la ponction lombaire. Chez ces malades, Touraine signale une réaction méningée à type lymphocytaire.

Cette théorie sur la nature du vitiligo concordant avec les faits cliniques de goître exophtalmique d'origine sy-

philitique, permit à Sainton de croire longtemps à l'origine exclusivement syphilitique de cette dyschromie. Cependant chez les malades dont nous publions les observations la réaction de Wassermann pratiquée avant et après réactivation ne nous a jamais donné de résultats positifs (Observ. I, II).

Quelle que soit la valeur que l'on accorde à cette épreuve biologique cette négativité est un fait qui mérite de retenir l'attention. D'autre part, les expériences prouvant le rôle de l'hyperthyroïdie sur la dépigmentation ne doivent-elles point nous inciter à faire des réserves sur l'étiologie syphilitique du vitiligo au cours du goître exophtalmique puisque l'hyperthyroïdation expérimentale provoque à elle seule la décoloration du plumage.

D'ailleurs certains auteurs, comme Thibierge font de grandes réserves sur l'étiologie syphilitique du vitiligo. Sans rejeter cette étiologie, ils reconnaissent que certaines plaques dyschromiques d'origine syphilitique sont d'un diagnostic impossible avec la plaque vitiligineuse, pour qui n'a point assisté à l'évolution de la dyschromie.

D'autre part, Gaucher et Léon Bernard donnent au vitiligo dit idiopathique une étiologie autoxique en rapport avec des troubles de la nutrition. Or, est-il une affection qui plus que le goître exophtalmique détermine des troubles du métabolisme basal? Il ne nous semble donc point exagéré de vouloir réserver une place à l'origine hyperthyroïdienne du vitiligo.

S'ensuit-il que dans tous les cas l'hyperthyroïdie suffise à expliquer seule les troubles de la pigmentation

et la chute des poils? Evidemment non, dans certains cas, les réactions exagérées du sympathique sont les témoins de la désorganisation de la vie végétative de l'individu. C'est alors qu'on peut incriminer l'association endocrino-sympathique par réaction de l'hormone thyroïdienne sur le système neuro-végétatif.

C'est l'opinion émise par Levy Frankel et Juster pour la pathogénie de la pelade. Récemment Grünberg s'est fait le défenseur de cette étiologie de la pelade qui apparaitrait comme un trouble trophique d'origine sympathique occasionné par un trouble fonctionnel des glandes endocrimes.

Il nous semble possible de ramener la pathogénie du vitiligo à cette même cause. En effet, le vitiligo est une dyschromie localisée relevant d'un processus protoplasmique dont le siège se trouve dans les cellules basales de l'épiderme et principalement au niveau des cellules rameuses de Langerhans. Celles-ci étant normalement les plus riches en pigments mélaniques.

Sous l'influence de l'intoxication thyroïdienne il se produit une vaso-dilatation des capillaires ce qui entraine un afflux sanguin considérable au niveau des cellules épidermiques.

Le sang parait contenir des substances chromogènes sur lesquelles vont agir les ferments oxydants intra-cellulaires. L'existence de ce ferment a été démontré par Bloch par la réaction à la dioxyphenylalanine. Sous l'influence de l'intoxication thyroïdienne il semble se produire une oxydation totale du pigment cutané pour aboutir à la plaque dyschromique qui constitue le vitiligo.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Goître exophtalmique — Vitiligo — Amélioration par traitement

Madame Pin... 31 ans, sans profession, né à Paris. Mère goîtreuse. Originaire de l'Orléanais, une sœur atteinte de goître exophtalmique.

Vue à la consultation du Docteur Sainton le 1er avril 1925. Le début de l'affection remonte à un an et demi. Les palpitations, le tremblement, les sueurs ont été les premiers symptômes.

La malade accuse ds palpitations, des crises douloureuses précordiales, de la dyspnée d'effort.

A l'auscultation du cœur on trouve un souffle diastolique au foyer aortique.

Pouls à 100

R. O. C. — 8

T. A. — 17 — 7 — indice oscilo métrique 5 au Gallavardin.

Exophtalmie bilatérale plus accentuée à droite.

Instabilité occulaire

Signe de Moebius à gauche

Signe de Joffroy

Tremblement menu, rapide, généralisé mais plus net aux extrêmités.

Goître peu volumineux, mais corps thyroïde scléreux.

Troubles psychiques marqués : émotivité, impatience, instabilité, mouvements brusques et saccadés, irritabilité, quelques idées mélancoliques, « parle de retenir sa place au cimetière ».

Gros amaigrissements — 14 kg. en un an.

Troubles pigmentaires. Larges plaques de dépigmentation coexistant avec des plaques d'hyperchromie sur la face à l'angle de la paupière supérieure et sur le masséter.

Sourcils peu fournis

Cheveux blancs par touffes depuis l'âge de 17 ans.

Aux bras : taches de vitiligo symétriques prédominant au coude, à la région externe de l'avant bras sans leucomelanodermie concommittante.

Au tronc, vitiligo inégalement réparti prédominant dans la région cervicale et la partie moyenne du dos. Les plaques dépigmentées revêtent une allure plijcyclique, déchiquetée, en carte de géographie et sont cernées par des zônes hyperpigmentées brun jaunâtre se perdant insensiblement vers la peau saine.

Aux membres inférieurs, les plaques de vitiligo siègent sur la face dorsale du pied et la partie antérieure du cou de pied d'une façon symétrique. Pas de leuconichies sur les ongles, système pileux. bien développé aux aisselles et au pubis.

La réaction de Bardot Wassermann a toujours été négative. Revue le 8 octobre 1925, après un traitement par l'hématoethyroïdine et l'hectine, amélioration considérable des signes fonctionnels et généraux. Le malade a repris du poids (4 kilos). Les troubles pigmentaires persistent.

Revue le 2 février 1926, amélioration persistante des signes de Basedow, on note concommitament, une recoloration des plaques de vitiligo qui deviennent par conséquent moins nettes.

OBSERVATION II

Goître exophtalmique — Vitiligo — Décoloration des cheveux et des poils

Mme P... Eugénie, 39 ans, originaire d'Odessa.

Cette malade est hospitalisée Salle Ste Martine, dans le Service du Docteur Sainton en avril 1925 pour un goître exophtalmique datant de quinze ans et traité déjà par le radium.

Le goître est apparu brusquement en 1910 à la suite d'une fausse couche. Progressivement se manifestèrent l'exophtalmie et les troubles psychiques.

Les troubles cardiaques sont constitués par des palpitations extrêmement pénibles alternant avec des crises douloureuses à type d'Angor. La percussion de la région précordiale est douloureuse. Il existe au foyer aortique un double souffle se propageant dans toute l'aire précordiale. La crosse aortique est surélevée, ses battements sont perçus dans le creux sus sternal. Les carotides sont animées de battements tumultueux.

Le pouls est irrégulier dans son rythme et sa force. Il est dépressible. Il bat à 120 pulsations à la minute. Le réflexe occulo cardiaque est de : — 16.

Le corps thyroïde est scléreux, le lobe droit est atrophié, le lobe gauche est lobulé et de consistance fibreuse. La palpation du corps thyroïde est douloureuse et provoque un réflexe tussigène.

Les signes occulaires consistent en exophtalmie bilatérale et symétrique. Cette exophtalmie est réductible à la pression. On trouve les signes de Stellwag, de Graeffe, de Jellineck. Le défaut de la convergence des globes occulaires est plus net à droite. Il existe du nystagmus.

Le tremblemnt prédominant du côté gauche apparaît plus nettement à la fatigue ou à la suite d'un effort.

L'émotivité et l'effectivité sont exagérées depuis quelques mois seulement.

Il existe quelques troubles vaso moteurs consistant en taches siègeant sur le cou, la poitrine, le bras gauche et apparaissant au moment des crises de tachycardie.

Après une suspension de 13 mois au début de l'affection, les règles sont redevenues normales.

Les troubles pigmentaires consistent en un vitiligo généralisé, mais dont les taches les plus importantes siègent sur le cou où elles sont trés nettes avec leur bordure de leucomélanodermie.

Sur le thorax et les membres supérieurs on retrouve les mêmes taches de vitiligo alternant avec des zônes d'hyperchromie.

Les cheveux sont rares, secs et cassants. Ils présentent une teinte grisâtre.

Les poils du pubis et de l'aisselle sont également décolorés.

Durant son séjour dans le service, la malade a eu plusieurs crises douloureuses à type d'Angor. Cependant la réaction de Bordet Wassermann pratiquée a toujours été négative.

Malgré un traitement énergique qui améliore l'état général et les troubles cardiaques on n'observe aucune modification des troubles pigmentaires.

OBSERVATION III

Goître exophtalmique — Vitiligo — Canitie en touffes — Plaque peladique

Madame G... Louise, 34 ans.

Consulte dans le service du Docteur Sainton en 1902, pour goître exophtalmique. Le début de l'affection a été marqué

par de l'asthénie et des troubles digestifs en même temps que ses cheveux se mirent à tomber en abondance.

Puis à la suite d'un accident de bicyclette qui l'impressionna fortement, la malade fut sujette à des palpitations et l'exophtalmie apparut.

Le faciès de la malade est très spécial, avec ses yeux saillants, son front dégarni par une alopécie déjà avancée, elle présente un aspect « indochinois ». Le regard n'est point tragique, il est plus interrogateur que colérique.

Avec l'exophtalmie, le retard de la contraction du frontal dans la vision en haut et des secousses nystagmiformes, constituent les seuls signes occulaires. La malade accuse des palpitations douloureuses survenant par crises parfois sous l'influence d'une émotion.

Tachycardie à 108.

Goître vasculaire peu volumineux animé de battements, tremblement léger et intermittent.

Troubles pigmentaires, hyperchromie diffuse des téguments datant de longue date (la malade dit que cette teinte brune date de sa jeunesse à la suite d'une rougeole hemorragique).

Sur cette pigmentation diffuse, des téguments se détachent nettement des placards hypochromiques siègeant sur les bras.

Le système pileux axillaire, pubien est bien développé. Les cheveux par contre sont rares, parsemés de touffes de cheveux blancs. Il existe une plaque d'alopécie en clairière au niveau du front sur une longueur de 0.02 centimètres.

OBSERVATION IV

Goître exophtalmique — Vitiligo — Chute et décoloration des cheveux — Absence de pilosités axillaires et pubiennes.

Madame B... 60 ans, ménagère, originaire de la Corrèze.

Goître ancien basedowifié à la Menopause.

En 1916, l'exophtalmie apparaît marquant le début de l'affection. En 1918, augmentation brusque de volume du corps tyyroïde coïncidant avec la menopause et en même temps, apparition des signes occulaires.

Vient consulter le 8 mars 1926.

Exophtalmie marquée avec l'élargissement de la fente palpébrale. Signe de Moebius plus net à gauche. Signe de Graeffe.

Saillie peu marquée du corps thyroïde sur lequel on décèle des battements et un thrill.

Pouls à 120 — Réflexe occulo-cardiaque nul.

Tension artérielle 21 — 5 au Gallavardin.

Souffle systolique au foyer aortique. On trouve des taches hyperchromiques alternant avec des plaques de vitiligo à la ceinture.

Absence de pilosités pubiennes et axillaires.

Cheveux grisonnants, secs, cassants, et tombant en abondance. Le maximum de modification des cheveux se trouve sur le vertex.

OBSERVATION V

Goître exophtalmique et vitiligo — Sourcils peu fournis

Madame D... Caroline, 37 ans, sage-femme.

Vient consulter pour un syndrôme fruste de Basedow. La malade présente un goître de petit volume depuis sa naissance. Elle accuse un tremblement à l'occasion d'efforts.

Tachycardie à 100 — 110, sans lésions cardiaques. Exophtalmie peu acusée, avec défaut de contraction du frontal. Pigmentation localisée aux paupières. Nystagmus dans le regard extrême.

Emotivité et instabilité psychique très grande. Troubles pigmentaires, taches vitiligineuses siègeant sur la face et les avants-bras coexistant avec des zônes d'hyperchromie.

Sourcils très fins et peu fournis, pas de modification des poils du pubis et des aisselles.

OBSERVATION VI

Goître exolphtalmique, vitiligo — Chute des cheveux en touffes — Absence de pilosités axillaires, cils et sourcils peu fournis

Madame Serv... 32 ans.

Originaire de St-Gall (Suisse). Goître exophtalmique à développement rapide. Le début remonte à six mois, par l'apparition d'un nodule adénomateux du lobe thyroïdien droit. Amaigrissement continu depuis le début de l'affection.

Le 27 mars 1922 vient à la consultation du docteur Sainton.

Troubles cardiaques caractérisés par des palpitations, de la dyspnée d'effort. A l'examen on note seulement une tachycardie à 132 avec un reflexe occulo-cardiaque inversé 140.

Battements des carotides.

Tension artérielle 14 1/2 — 9 au Pachon.

Goître localisé au lobe droit. Noyau ademonateux du volume d'une noix. Il existe un thrill au niveau du corps thyroïde.

Troubles occulaires minimes, un peu d'éclat du regard. Existence du signe de Moebius et du signe de Joffroy.

Tremblement spontané, menu, petit, généralisé à tout le corps, mais plus net aux extrêmités.

Troubles pigmentaires : il existe des taches hyperchromiques sur les avant-bras à côté desquelles on note des plaques de vitiligo. Celui-ci se retrouve sur la face, le cou.

Il existe également des troubles des poils. Les cheveux sont secs et cassants, ils tombent en touffes et d'une façon particulièrement intense.

Absence totale de pilosités axillaires. Les sourcils sont également devenus moins fournis.

La malade présente un état psychique très spécial en rapport avec son état basedowien. Sa nervosité et son émotivité sont excessives. Elle pleure facilement, elle accuse un état de dépression et d'asthénie marquée. Les palpitations d'après ses dires empêcheraient tout sommeil.

OBSERVATION VII

Goître exophtalmique — Vitiligo — Chute des cheveux, des poils de l'aisselle, du pubis, des sourcils, dépigmentation des poils

Madame Saint M... 28 ans, vient de consulter pour un goître exophtalmique s'étant développé depuis le mois l'août 1925 d'une façon insidieuse à la suite d'une grosse émotion à l'occasion de la mort d'une personne de sa famille, la maladie s'est exagérée et les troubles qui nous intéressent sont apparus.

A l'examen, la malade accuse une nervosité et une instabilité de caractère extrême. D'autre part, elle souffre de palpitations survenant par crises. Amaigrissement considérable sans troubles digestifs. Goître diffus parenchymateux, non animé de battements.

Grosse exophtalmie symétrique à poussées paroxystiques.

Signe de Moebius, défaut de la contraction du frontal. Signe de Gellinek.

Tremblement des extrêmités.

Depuis le mois d'octobre 1925, la malade a vu ses poils se modifier, ses cheveux qui étaient de couleur rousse ont pali progressivement prenant une teinte blond pâle, quelques cheveux étant complètement blancs. De plus, ils tombent en abondance.

Les sourcils sont rares et complètement décolorés. A la queue du sourcil gauche on note une petite plaque de vitiligo.

Absence totale de pilosités axillaires. Les poils du pubis sont également décolorés et tombent en grande quantité.

Le 15 avril 1926, la malade revient à la consultation. Les signes de Basedow se sont améliorés, mais les troubles pigmentaires n'ont subi aucune modification.

OBSERVATION VIII

Goître exophtalmique — Chute des cheveux et des cils, Décoloration des poils — Absence de pilosités axillaires

Madame B... 42 ans, originaire de l'Allier. La malade est envoyée à la consultation du docteur Sainton par la consultation de l'Hôpital Saint-Louis où elle est allé demander conseil pour enrayer la chute de ses cheveux.

Instabilité du caractère et émotivité particulièrement intenses. Irritabilité marquée.

Le goître dont la malade est atteinte date d'une vingtaine d'années.

Légère exophtalmie. Signe de Moebius, léger retard de la

contraction du frontal. Tremblement généralisé, à petites oscillations.

Palpitations douloureuses, tachycardie à 152 pulsations R. O. C. — 9.

Souffle diastolique au foyer aortique. Chute des cheveux en clairière. Au sommet du crâne, le cuir chevelu est à peu près totalement dénudé. Les cheveux sont grisonnants, secs et cassants.

Absence totale de pilosités axillaires. Les sourcils font totalement défaut. Seuls les poils du pubis ont persisté. Réaction de Bordet Wasserman négative.

OBSERVATION IX

Goître exophalmique — Chute et décoloration des cheveux —Absence de pilarités axillaires — Chute des cheveux améliorée par le traitement

Madame V... 34 ans.

Vient à la consultation le 11 février 1920. Elle présente une maladie de Basedow caractéristique. A l'examen, on trouve un goître vasculaire, prédominant sur le lobe thyroïdien gauche. Au niveau de son goître il est facile de déceler un thrill.

Exophtalmie bilatérale, symétrique. Nystagmus provoqué par le regard en position extrême. Signe de Joffroy.

Tremblement généralisé à petites oscillations. Instabilité motrice considérable.

Pouls 160 — Reflexe occulo-cardiaque + 20.

L'état général est demeuré satisfaisant. Le malade accuse de la boulimie.

Les cheveux devenus blancs depuis le début de la maladie tombent en grande quantité.

Les poils de l'aisselle font défaut.

A la suite d'un traitement radiothérapique, les troubles se sont améliorés, la chute des cheveux s'est arrêtée.

OBSERVATION X

Goître exophtalmique — Cheveux rares — Absence de pilosités axillaires, pilosités pubiennes clairsemées

Mademoiselle G... 20 ans.

Hospitalisée Salle Trousseau en novembre 1913 pour goître exophtalmique.

La maladie a débuté il y a quelques mois sans que l'on puisse préciser, avec certitude, par de l'agitation, des bouffées de chaleur, de l'exophtalmie et la tuméfaction du cou.

Le corps thyroïde est volumineux, tendu. L'augmentation de volume porte surtout sur le lobe droit, l'isthme et le lobe gauche également augmentés de volume sont moins considérables. Il existe un thrill très net. Exophtalmie symétrique bilatérale, réductible et variable. Quelques secousses nystagmiformes, signe du frontal, signe de Moebius, fréquence du clignement palpébral.

Cœur animé de battements tumultueux, souffle extracardiaque. Tachycardie 120 — R. O. C. — 4.

Tremblement généralisé très marqué.

Les cheveux sont rêches, clairsemés, tombent en abondance. Ils sont devenus secs, ondulés, cassants, très raides, ils gardent la position qu'on leur donne.

Absence totale de pilosités axillaires.

Les poils du pubis sont très clairsemés.

OBSERVATION XI

Goître exophtalmique — Chute des cheveux

Madame R... 35 ans.

Malade originaire d'Alsace. Elle présente un goître depuis l'âge de 15 ans. Elle consulte le 13 janvier 1925 pour amaigrissement, irritabilité, diarrhée profuse.

Goître prédominant sur l'isthme thyroïdien. Le goître est animé de battements et d'expansion systolique.

Tachycardie à 110 sans lésions cardiaques.

Reflexe occulo-cardiaque — 98.

Tremblement peu accentué

Pas d'exophtalmie.

Pas de pigmentation cutanée mais on note une chute abondante des cheveux en clairière, sans modifications du système pileux axillaire ou pubien.

OBSERVATION XII

Goître exophtalmique — Absence de pilosités axillaires et pubiennes

Mademoiselle R... 18 ans 1/2, originaire de Gennevilliers. La malade vient à la consultation le 13 octobre 1925 pour un goître apparu progressivement depuis le mois de janvier 1925 à la suite d'une angine.

Quelques douleurs précordiales,tachycardie modérée, Pouls 100 R. O. C. = 88 — T. A. 12 — 7 au Gallavardin.

On trouve un goître diffus parenchymateux sans expansion, ni souffle à son niveau. Parfois la malade éprouve une impression d'angoisse et de constriction trachéale.

Signes occulaires peu marqués. Pas d'exophtalmie.

Retard de la contraction du frontal, défaut de convergence

des globes occulaires, tremblement des paupières fermées.

Tremblement généralisé peu net. Nervosité et instabilité. Règles normales depuis l'âge de 14 ans. Pas de troubles pigmentaires cutanés mais signe de la queue du sourcil. Système pileux rudimentaire au pubis et aux aisselles.

OBSERVATION XIII

Goître exophtalmique et pelade

Madame Rin... 38 ans.

Originaire des environs de Turin (Italie). Goître exophtalmique apparu en novembre 1919 à la suite d'une grossesse.

La malade consulte en juin 1920 pour palpitations, dyspnée, tremblement, chute abondante des cheveux.

Goître parenchymateux, dur, non animé de battements. Exophtalmie légère. Signe du frontal et rareté du clignement palpébral. Pouls à 116.

Tremblement marqué de tout le corps, plus net aux extrêmités des membres.

Règles normales, mais s'accompagnant d'une impression d'angoisse et de malaise général.

Cheveux secs, cassants, avec plaques peladiques circinées sur les tempes.

OBSERVATION XIV

Goître exophtalmique — Pelade — Chute des cils et sourcils

Madame H... 28 ans.

Vient à la consultation pour maladie de Basedow ayant débuté par de l'asthénie, de l'amaigrissement, de l'insomnie

et une diarrhée profuse. En même temps apparait un goître léger prédominant sur le lobe tyroïdien droit s'accompagnant de battements et de thrill dans la région thyroïdienne. Tremblement assez marqué, persistant au repos et prédominant à la racine des membres.

Exophtalmie légère, symétrique, nystagmus et fréquence du clignement palpébral.

Palpitations douloureuses à l'occasion d'émotion. Tachycardie à 120 — R. O. C. — 16. Nervosité extrême, irritabilité, instabilité du caractère.

Au début de l'affection a présenté une plaque peladique qui a guérie spontanément. Six mois plus tard nouvelle plaque peladique de la dimension d'une pièce de deux francs siègeant sur la partie gauche du crâne en dehors du tourbillon.

Les cils et les sourcils sont clairsemés et amincis.

OBSERVATION XV

Goître exophtalmique — Chute des cheveux

Madame Maria P... 45 ans.

Goître exophtalmique caractéristique avec exophtalmie, tachycardie, tremblement, diarrhée profuse. Emotivité extrême.

Chute abondante des cheveux qui sont extrêmement clairsemés.

OBSERVATION XVI

Goître exophtalmique — Absence pilosités axillaires et pubiennes

Madame L... 60 ans.

Originaire du Loiret vient consulter pour sensations d'étouffement survenant par crises.

Goître exophtalmique net survenu après la ménopause, s'accompagnant de déglabration des régions axillaires et pubiennes.

OBSERVATION XVII

Goître exophtalmique — Absence de pilosités axillaires et pubiennes — Cheveux rares

Mademoiselle P... 38 ans.

Originaire de Paris, vient consulter pour un goître exophtalmique ancien datant de 8 ans.

Goître exophtalmique s'accompagnant de sa symptomalogie caractéristique. Absence de pilosités axillaires et pubiennes. Cheveux très clairsemés.

OBSERVATION XVIII

Goître exophtalmique — Cheveux rares et chute

Madame P... Catherine, 42 ans.

Originaire de la Corrèze, vient à la consultation du Docteur Sainton le 9 octobre 1925 pour un goître exophtalmique datant de deux ans.

Goître exophtalmique caractéristique avec tachycardie, tremblement, exophtalmie, goître diffus animé de battements. La malade présente une instabilité et une émotivité remarquables.

Pas de troubles pigmentaires de la peau. Chute abondante des cheveux qui sont clairsemés.

Dentition en très mauvais état. Les dents les plus antérieures incisives et canines seules ne sont pas cariées.

OBSERVATION XIX

Goître exophtalmique — Déglobation du cuir chevelu

Madame B... 35 ans.

Originaire de la Sarthe, vient consulter pour poussée d'hyperthyroïdie en 1924.

A côté des signes cardinaux du Basedow on remarque une déglabration du cuir chevelu et absence des canines supérieures et inférieures à droite et à gauche.

CONCLUSIONS

1° Au cours de la maladie de Basedow, il est fréquent de rencontrer des troubles de la pigmentation de la peau et de ses annexes.

2° La dépigmentation peut revêtir tantôt le type de vitiligo, tantôt de plaques hypochromiques. Cette dépigmentation coïncide ou non avec des taches de mélanodermie.

3° A ces troubles de la pigmentation cutanée se surajoutent souvent des dystrophies du système pileux :

Alopécie le plus souvent en clairière ou en plaques péladiques.

Déglabration totale du corps : Absence de pilosités axillaires, pubienne, mentonnière, chute ou absence de cils et de sourcils.

Dépigmentation des poils qui peut être totale ou intéresser seulement des touffes de cheveux.

4° Ces troubles trophiques sont en rapport avec l'hyperthroïdie, comme le prouvent :

1° Les faits cliniques : disparition ou amélioration de ces troubles coïncidant avec l'amélioration du goître exophtalmique.

2° Les faits expérimentaux : A la suite d'une hyperthyroïdation massive, possibilité d'amener le blanchiment puis la chute du plumage chez les gallinacés.

Vu le doyen,

ROGER,

Vu le Président de la Thèse,

BERNARD,

Vu et permis d'imprimer,

Le Recteur de l'Académie de Paris,

LAPIE

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD. — Démonstration de la section de Neurologie du XIII congrès international de médecine de Paris 1903.

BAGINSKI. — Lehrbuchder Kinderkrankleiten 1879.

BETTMANN. — Ein Fall von morbus Basedowii mit diabetes molitus — Münchener Med. Wochenschrifft 1896.

BERNARD Léon. — Pelade, vitiligo prurigo par autointoxication au cours d'une néphrite chronique probablement de même origine. Bulletin de la Soc. Médic. des Hôpitaux de Paris, 1899.

BITTORF. — Ueber die Pigmentbildung bei der addissonschen Krankheite-Münchener medirinische wochenschrifft — Fev. 1923.

BLUM Paul et R. BENDA. — Données récentes sur le vitiligo — Bulletin Médical n° 423 — 26 janvier 1924.

BOINET. — Recherches sur le goître exophtalmique — Revue de Médecine 1898.

CARACOUSSI. — Cassuistiche Beitrâge Zur kenntnis des morbus Basedowii Inaug. disser Berlin 1899.

GLAY. —Leucoderma associated with Graves'disease. — The british med. journ. 1887.

DORIER. — Pratique dermatologique.

DE DOUHET. — Etiologie et Pathogénie du Vitiligo — Th. Paris 1921.

DENTON CARDEW. — The value of diminushed électrical résistance of the human bodg as a symptom of Graves diesease-the lancet 1889.

DRUMOND. — Britisch medical journal of dematologie 1887.

DU CASTEL. — Basedowisme et dermartose benignes aux armées — Bulletin de la société franc. de dermat. et de syphilig. 13 mars 1919.
Complications cutanées de la maladie de Basedow — Paris médical 1919.

Duroziez. — Discussion sur le goître exophtalmique — Gaz, méd. des Hôp. 1874.

Fabre. — Les réactions du système nerveux de la vie organo végétative — th. Montpellier 1925.

Fayolle — Les pigmentations cutanées dans le syndrôme de Basedow — th. Paris 1914.

Gilbert Ballet et Enriquez. — Des effets de l'hyperthyroïdation expérimentale — Congrès des médecins aliénistes et neurolog. Bordeaux 1895.

Grunberg — Pelade endocrino sympathique et son traitement — th. Paris 1926.

Harvier. — Goître exophtalmique — in traité de Sergent.

Hirschlaff. — Zeitch für Klinische Médizin 1892.

Jaboulay. — Traitement du goître exophtalmique par la résection du sympathique cervical — Gaz. des Hôp. 1897 — Bull. de l'Académie de médecine 1897.

Jeanselme. — Sur la coexistence du goître exophtalmique et de la sclérodermie — Revue neurologique 1894 — Mercredi médical 1895.

Kocher. — Uber Morbus Basedowii — Mittelangen ans den Grenzgebieten den Medizin und chirurgie — 1902.

Lebar. — sur un cas de canitie rapide — Bulletin de la Société médicale des Hôpitaux — 4 juin 1915.

Levy Frankel et Juster — Pelade, syndrôme endocrino sympathique — Annales de dermatologie et syphiligraphie 1922.

Mackensie Hector W. G. — Clinical lectures on Graves disease — Lancet 1890.

Mannheim. — Der Morbus Gravesii gektrônte Preisschrifft —Berlin 1899.

Marie. — Observation de Basedow avec vitiligo généralisé — France médicale 1886.

Masson. — Diagnostic de laboratoire Tome II in traité de Sergent.

Maude. — Nine cases of Graces'disease — ophtalmoplegia remak on the lid — symptôm St Bartholomew's Hosp. 1892.

Milian. — Nature syphilitique du vitiligo — Bull. de la société méd. des Hôpitaux 1921.

Moutard, Martin et Malloigel. — un cas de maladie de Basedow avec syndrôme addisionnien — Bull. de la société méd. des Hôpitaux 1903.

Piéri Jean. — Le Vitiligo chez les addisoniens — Th. Paris, 1922.

Raynaud Noël. — Vitiligo et goître exophtalmique. th. Paris, 1875 — Bull. de société médicale des Hôpitaux 1890.

Roussy G. — Lésions du corps thyroïde dans la maladie de Basedow — Congrès des médecins aliénistes et neurologistes. Luxembourg 1914.

Sabouraud. — Pelade et goître exophtalmique — Annales de dermatologie et syphiligraphie 1913.

Sainton. — Goître exophtalmique in traité de Brouardel et Gilbert.

Les signes nouveaux et les petits signes du goître exophtalmique — Journal médical français 1920.

Sainton et Peynet. — Dystrophies et dyschromies du système pileux dans le goître exophtalmique — Bull. de la société médicale des Hôpitaux 1926.

Sattler. — Die Basedowische Krankheit.

Schulmann. — Le goître exophtalmique syphilitique. th. Paris 1918.

Schrotter. — Zeitch. für klinische Medizin 1903.

Sezari. — Sympathique et pigmentations cutanées. — Progrès médical juin 1923.

Souques. — Goître exophtalmique in traité de Widal et Teissier.

Vitiligo et signe d'Argyll Robertson — Revue neurologique, 1902.

Thibierge. — Rapports de la syphilis et du vitiligo — Annales de dermatologie 1905.

Touraine. — Les résultats de la ponction lombaire au cours du vitiligo — Société française de dermatologie et de syphiligraphie 1919.

Trousseau. — Cliniques médicales de l'Hôtel-Dieu 1868.

Tsanck. — Vitiligo — in traité de dermatologie in traité de Sergent.

Vigouroux — Traitement du goître exophtalmique par la faradisation — Gaz. des Hôp. 1891.

West Samuel. — Thirty-eight cases of exophtalmic goiter, with remark 1886.

Winstel. — Glandes endocrines et dermatoses — Revue française d'endocrinologie 1925.

Yeo Burney. — Cases of exophtalmic goiter with new phenomena — the britisch médical journal 1877.

Zadovosky. — The bulletin of the association for the study of international discrétion 1925.